

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1925-1926. — N° 6

**Résultats éloignés de l'extirpation du cancer
du Rectum par les méthodes basses
et indications opératoires**

Travail du service de clinique chirurgicale de l'École de Médecine de Dijon

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 novembre 1925

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Ferdinand BONNAMOUR

Né le 10 mai 1900 à Epinac (Saône-et-Loire)



DIJON

IMPRIMERIE BERNIGAUD ET PRIVAT

15, Rue Bossuet, 15

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1925-1926. — N° 6

**Résultats éloignés de l'extirpation du cancer
du Rectum par les méthodes basses
et indications opératoires**

Travail du service de clinique chirurgicale de l'École de Médecine de Dijon

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 40 novembre 1925

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Ferdinand BONNAMOUR

Né le 10 mai 1900 à Epinac (Saône-et-Loire)



DIJON

IMPRIMERIE BERNIGAUD ET PRIVAT

15, Rue Bossuet, 15

1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

DOYEN HONORAIRE.	M. H. HUGOUNENQ
DOYEN.	M. J. LEPINE
ASSESEUR.	M. ROQUE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE,
FLORENCE (A), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique.	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique.	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie.	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales.	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	X.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	PAVIOT
Médecine légale.	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	ETIENNE MARTIN
Pharmacologie	COURMONT (P.)
	PIC
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN
— — Chimie minérale.	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Puériculture et hygiène de la première enfance.	MM. CHATIN
Stomatologie.	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER (V.)	MAZEL
GARIN	DUROUX	ROUBIER	SANTY
SAVY	TRILLAT	FAVRE	DUNET
FROMENT	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
TREVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.)	RHENTER	CHALIER (Joseph)
PIERY	ROCHAIX	LEULIER	NOEL
			CORDIER (Pierre)

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. VILLARD, Président.

M. SAVY, Assesseur.

MM. ROUBIER, DUROUX, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MA SŒUR

A MON PERE, A MA MERE

*Je dédie ce travail en témoignage
d'infinie reconnaissance et de
vive affection.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'ÉTUDES

A M. LE PROFESSEUR VILLARD
PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui nous fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse; modeste témoignage
de notre grande reconnaissance.

A MES JUGES

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE DIJON.

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE PARIS.

A M, LE DOCTEUR LECLERC
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON

Nous le remercions de la bienveillance qu'il nous a
toujours témoignée.

A M. LE DOCTEUR PETITJEAN
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON

En remerciement de son enseignement et de ses
conseils.

INTRODUCTION

C'est à M. Leclerc que nous devons le sujet de cette thèse. Nous avons été son interne cette année et nous l'avons maintes fois entendu parler, dans son service de clinique chirurgicale, des différentes interventions curatives du cancer du rectum. Qu'il nous soit permis de le remercier des conseils qu'il nous a prodigués et des observations qu'il a mises à notre disposition.

Nous avons pris connaissance du rapport de M. Schwartz, au congrès de chirurgie de 1925, rapport auquel notre maître se proposait d'apporter des éléments de discussion ; nous avons trouvé là l'occasion d'écrire ces quelques pages.

Notre intention n'est pas de trancher catégoriquement pour une méthode ou pour une autre ; nous n'entrerons pas davantage dans le détail des techniques — il en existe beaucoup et elles ont été très bien décrites par leurs auteurs — nous voudrions essayer de tirer quelques conclusions des résultats éloignés, obtenus dans le service de M. Leclerc, par l'extirpation basse des cancers ano-rectaux.

Depuis quelques années il semble que les chirurgiens essayent d'aborder le rectum cancéreux, de plus en plus par la voie abdomino-périnéale, délaissant presque systématiquement les voies périnéo-

coccygiennes et sacrées. Du moins c'est ce qui ressort des articles d'auteurs connus, de M. Schwartz entre autres.

Dans son rapport au congrès, résumant l'opinion de beaucoup de chirurgiens français, il a fait une étude remarquable des résultats éloignés de l'exérèse du cancer du rectum où il appuie ses arguments moins sur des statistiques que sur des considérations anatomo-pathologiques. Nous n'avons pas la prétention de critiquer cet éminent chirurgien ; notre but est seulement d'exposer quelques réflexions que nous ont suggéré son article et un certain nombre d'observations de M. Leclerc.

Nous produirons en effet, dans cette thèse, une statistique d'opérations pratiquées par voies basses. Elle n'est pas très importante, mais elle a le mérite de ne comprendre que les cas qu'on a pu suivre, et une juste proportion d'amputations et de résections. Les résultats ont été dans l'ensemble suffisamment bons, pour qu'il nous soit permis de penser que si théoriquement, l'abdomino-périnéale est l'intervention de choix, pratiquement, et dans beaucoup de circonstances, les méthodes basses donnent de véritables et durables succès.

Nous sommes d'avis également, de pratiquer des résections toutes les fois que le siège du néoplasme ne s'y opposera pas ; il a paru à certains chirurgiens que cette méthode augmentait les risques opératoires et les changes de recidives ; ce n'est pas impossible, et nous verrons ce qu'en pense la majorité, mais comme l'a bien fait remarquer le professeur Villard,

quel ennui pour le malade que cette incontinence de son nouvel anus !

Après un court exposé historique du traitement chirurgical du cancer du rectum, nous étudierons donc les résultats comparés que donnent les voies combinées et les voies basses, les amputations et es résections, utilisant pour cela les statistiques et les données de l'anatomie pathologique. Nous concluerons par l'indication des différentes méthodes suivant les cas cliniques.

HISTORIQUE

Le rectum, situé partie dans l'excavation pelvienne, partie dans le périnée postérieur, entre le sacro-coccyx et les organes génito-urinaires n'est pas très facilement abordable. Les chirurgiens empruntent actuellement quatre voies : périnéale, sacrée, abdominale et combinée ; mais au siècle précédent, avant la période antiseptique, l'ouverture d'un ventre étant considérée, à juste titre du reste, comme une chose très grave, il était logique que les premiers essais d'extirpation du rectum cancéreux se fissent par la voie basse.

C'est Lisfranc, qui, en 1826, pratiqua pour la première fois l'amputation circulaire périnéale. Cette intervention ne devait pas être suivie de succès, en raison des complications septiques et des imperfections de la technique ; aussi l'ablation du cancer ano-rectal fut-elle considérée longtemps encore comme un simple exercice d'amphithéâtre. Les opérations palliatives conservèrent de ce fait leur vogue dans tous les pays.

Denonvilliers et Dolbeau reprirent cependant l'opération de Lisfranc en y ajoutant une incision postérieure remontant jusqu'au coccyx. Verneuil et Kocher proposèrent à leur tour la résection coccygienne pour donner plus de jour. Enfin, en 1897, Quenu et

Baudet, règlent d'une façon précise la technique de l'amputation coccy-périnéale large, encore appelée : opération de Lisfranc élargie. C'était un réel progrès et actuellement toute intervention est encore pratiquée avec la même technique.

Les Allemands, vers la même époque, plus audacieux que nous, préconisent la résection d'une partie du sacrum. C'est la méthode de Kraske. Cette manœuvre est très suivie Outre-Rhin, en Angleterre et en Amérique, mais soulève de nombreuses critiques de la part des chirurgiens français.

En citant les interventions pratiquées par les conduits naturels : résection trans-anale de Villard, transvaginale de Chalier et Perrin, nous en aurons fini avec l'histoire des voies basses.

Devant les difficultés souvent insurmontables pour extirper une tumeur haut située — extrémité supérieure de l'ampoule, début du recto-sigmoïde — il avait semblé nécessaire à quelques opérateurs d'ajouter une incision abdominale au temps périnéal. C'est ainsi qu'en 1882 Koenig, parce qu'il n'avait pas pu enlever une tumeur du rectum, déjà abordée par le périnée, termine en faisant une laparotomie.

Ce cas est suivi de quelques autres isolés, tout le monde considérant jusqu'alors la voie abdominale comme une simple auxiliaire de la voie basse. Il faut arriver à Gaudier, puis Quenu, en 1896, pour trouver la première description de la première amputation combinée. Ces auteurs en donnent la technique qui peut se résumer ainsi : une phase abdominale comprenant la libération du rectum jusqu'au plancher

pelvien, la ligature des pédicules vasculaires de l'hémorroïdale supérieure en arrière, de l'hémorroïdale moyenne sur les côtés, la section de l'intestin avec enfouissement du bout inférieur qu'on recouvre du péritoine, enfin l'établissement d'un anus iliaque définitif avec le bout supérieur. L'opération se termine par une deuxième phase périnéale consistant à extirper le segment rectal dégagé plus haut.

Hartmann, quelques années plus tard, précise les temps et les indications de la voie abdominale pour certains néoplasmes haut situés. Il fait en somme une résection par la voie abdominale seule, abouche le segment colique supérieur à la paroi en anus terminal et abandonne le bout inférieur après l'avoir refermé.

Donc avant 1900 ce sont presque uniquement les voies basses qui sont utilisées ; depuis une dizaine d'années, la méthode combinée prend vraiment une place importante dans la chirurgie du cancer du rectum et tend à devenir prépondérante. Actuellement, les chirurgiens ont le choix entre les méthodes suivantes : d'abord les voies périnéales et périnéo-coccygiennes, les plus anciennes, qui permettent de pratiquer des amputations et des résections (on conserve le sphincter) ; le type de ces opérations est l'amputation de Lisfranc élargie. Suivant le sexe et l'extension du cancer, on peut y apporter quelques variantes :

amputation prostato-rectale
amputation vagino-rectale

Puis, la voie sacrée, autorisant également les amputations et les résections. Enfin les voies naturelles peu

employées, trans-anales et trans-vaginales (résection seulement).

Parmi les interventions combinées, la plus connue est l'amputation avec anus iliaque définitif de Quenu ; la résection est pratiquée beaucoup plus rarement. Reste la méthode d'Hartmann, réservée aux néoplasmes siégeant très haut, mais également exceptionnelle.

Il est évident, que quelque soit la voie choisie, l'idéal serait de faire une résection, afin que le malade conserve les bénéfices d'un anus continent, mais la hauteur et l'extension du cancer ne permettent pas toujours à l'opérateur de faire comme il le désirerait

ÉTUDE CRITIQUE DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS D'APRÈS LES STATISTIQUES

Comme nous l'avons montré dans le précédent chapitre, deux méthodes se disputent actuellement la faveur des chirurgiens pour l'exérèse du cancer du rectum : méthode basse et méthode combinée. Au congrès de chirurgie M. Gaudier, rapporteur pour les premières, a cherché à préciser à l'aide de statistiques leur mortalité opératoire et la fréquence des récidives après leur emploi. De son côté, M. Schwartz a défendu brillamment la cause des voies combinées. La conclusion logique de son exposé est que les chirurgiens doivent tendre à ne plus employer que cette dernière méthode et dans presque tous les cas opérables. Il n'est du reste pas le seul à soutenir cette théorie ; M. le professeur Villard qui s'est beaucoup occupé du traitement du cancer du rectum, écrit dans le « Lyon chirurgical » de mai 1925 : « Il nous faut encore une fois poser en principe la nécessité de pratiquer toujours l'amputation abdomino-périnéale ». On le voit, les méthodes basses reçoivent chaque jour de chirurgiens éminents des coups décisifs, et la lecture des revues modernes pourrait faire croire que nous nous acheminons vers une époque où l'on ne parlera pas plus de l'exérèse du cancer du rectum par les voies basses que de l'opération du cancer de l'utérus par

l'hystérectomie vaginale. Or, la question est plus complexe encore pour le rectum que pour l'utérus, et il existe beaucoup de chirurgiens qui ne délaisseront pas complètement une méthode, qui dans certains cas leur a donné de réels succès. Ils continueront à user de l'une et de l'autre selon les circonstances, car en chirurgie comme ailleurs il est souvent sage d'être éclectique.

Pour prendre parti pour l'une des deux méthodes il faudrait pouvoir les juger. Bien des auteurs qui pratiquent également les unes et les autres évitent de le faire, pensant qu'il ne peut y avoir de comparaison possible entre deux procédés dont les indications ne sont pas les mêmes. Mais depuis qu'on préconise l'emploi à outrance des abdomino-périnéales, la question change ; il devient nécessaire de faire une étude d'ensemble.

Pour apprécier une méthode chirurgicale, il faut en considérer la mortalité opératoire et les résultats éloignés, c'est à-dire la survie qu'elle procure aux opérés. Mais que de difficultés, et que d'erreurs possibles dans cette étude ! Nombre de malades quittent les cliniques sans plus jamais donner de leurs nouvelles, ou bien des chirurgiens, plus soucieux de leurs succès opératoires que des résultats lointains, négligent de garder contact avec leurs opérés.

D'autre part, il est nécessaire de pouvoir juger sur un assez grand nombre de cas, et pour cela force nous sera de consulter les statistiques. Or, pour bien des raisons, et principalement pour le sujet qui nous occupe, l'étude de ces statistiques n'est pas exempte

de critique. Une statistique ne vaudrait vraiment que d'un seul chirurgien, qui, également entraîné aux deux méthodes opératoires en discussion, les aurait pratiquées dans un nombre de cas à peu près égal, et qui connaîtrait tous ses résultats éloignés, ou en tout cas, ne ferait entrer en ligne de compte que ses résultats connus. Une telle statistique n'existe pas.

Nous ne leur demanderons donc que ce qu'elles peuvent nous donner, c'est-à-dire des renseignements numériques nous permettant bien plus d'établir un parallèle entre les deux méthodes que de les juger.

Pour ce qui est des voies basses, leur emploi datant d'une trentaine d'années déjà, il nous est relativement facile de trouver des statistiques. Nous les empruntons surtout à MM. Chalier et Mondor, et au rapport de M. Gaudier.

En comptant à partir de 1900, époque à laquelle les techniques se sont perfectionnées, les auteurs trouvent que la mortalité opératoire moyenne pour l'ensemble des méthodes basses est environ 20 %. La cause de cette mortalité ne nous retenant pas, voyons les chiffres qu'on trouve pour les guérisons durables. A ce sujet, il nous faut préciser ce que l'on entend par là. Lorsqu'il s'agit de cancer, il est impossible, du moins actuellement, de parler de guérison définitive, et cependant on observe surtout pour le rectum des survies de 10, 15, 20 années et même plus ; tous les chirurgiens ont des observations de ce genre. Par guérison durable, on entendra une survie de trois ans après l'opération avec absence de récidives et de métastases. Cette durée de trois années a été choisie évidemment

assez arbitrairement ; cependant après cette époque il semble bien que les récidives deviennent de moins en moins fréquentes.

A la clinique des frères Mayo de 1900 à 1910, les résultats durables ont été de 12 à 16 % ,tandis que de 1910 à 1920, ils sont de 20 à 25 %. Donc, résultats meilleurs après 1910, que les auteurs expliquent par une meilleure technique, une opération plus précoce et une exérèse plus large des tissus envahis.

Si on considère la mortalité opératoire et la survie suivant les procédés employés, on trouve :

	Mortalité opératoire %	Résultats durables %
1 ^o voie périnéale	20	13
2 ^o voie coccygienne	16	24
3 ^o voie sacrée	17 4	32

Comme le fait remarquer M. Gaudier, à considérer les chiffres, on voit que les résultats deviennent meilleurs à mesure qu'on s'éloigne de 1900, et que les résultats éloignés sont d'autant plus brillants que l'opération a été plus large. C'est ce que montre la méthode dorsale qui constitue le procédé d'exérèse par voie basse le plus vaste, et cependant ne donne pas une mortalité plus grande que les autres.

Nous sommes généralement moins documentés sur les résultats des méthodes combinées. M. Chalié trouvait pour la mortalité opératoire des chiffres assez impressionnants, mais ces chiffres dataient de quel-

ques années, c'est-à-dire d'une période où les chirurgiens ne possédaient pas bien leur technique. Au congrès de chirurgie M. Schwartz donne le chiffre moyen de 32 % et pour les guérisons durables 36 %.

* * *

COMPARAISON DES STATISTIQUES

Si nous comparons maintenant ces statistiques, il est manifeste que la mortalité opératoire des voies basses est nettement inférieure à celle des voies combinées. A cela, on pourrait répondre, que les chirurgiens sont mieux exercés aux premiers procédés, parce qu'ils les pratiquent depuis plus longtemps, et que lorsqu'ils se seront entraînés aux abdomino-périnéales, la mortalité opératoire tendra à diminuer. M. Schwartz écrit dans son rapport : « l'abdomino-périnéale est une opération qui paraît difficile et grave ; à notre avis elle n'est ni l'un ni l'autre, mais il faut avant de l'entreprendre, apprendre à la pratiquer, la pratiquer avec la méthode qu'exige une opération de ce genre ». Nous nous permettons de ne pas partager entièrement cet optimisme. Il nous semble qu'il est encore juste de prétendre que l'abdomino-périnéale est actuellement une opération plus grave que l'extirpation périnéale, parce qu'elle exige deux phases opératoires, et partant, prolonge la durée de l'intervention.

Entre certaines mains, elle donne peut-être un minimum de risques ; c'est ainsi qu'avec Quenu et Cuneo,

on voit la mortalité tomber jusqu'à 10 %, qu'avec Villard, l'abdomino-transanale donne également peu de mort, mais il ne faut pas tabler uniquement sur des exceptions, c'est-à-dire, des chirurgiens très habitués à ces techniques.

Il est donc bien acquis que si l'abdominopérinéale devient de moins en moins meurtrière, à mesure qu'elle est mieux connue, elle reste tout de même la plus grave des deux méthodes.

On a dit également que les partisans des voies basses avaient depuis quelques années élargi le champ de leur extirpation pour pratiquer une opération plus complète, et que de ce fait, la mortalité opératoire avait augmenté. Cela ne paraît pas aussi évident qu'on veut bien le dire ; les frères Mayo par exemple ont moins de décès après 1910 qu'avant, alors que leurs résultats éloignés augmentent, ce qui prouve qu'ils font une exérèse aussi large que possible.

Et s'il fallait se convaincre davantage, il suffirait de regarder les statistiques de la voie sacrée ; de toutes les voies basses, elle est la plus large et cependant sa mortalité est, sinon moindre, du moins pas plus élevée que celle des voies périnéales et coccygiennes plus bénignes.

On a fait également intervenir dans cette question le facteur opérabilité. Il est bien certain que les chiffres des statistiques changent suivant la conception qu'un chirurgien se fait de l'opérabilité du cancer du rectum, et cette conception varie : tel voit dans l'envahissement de la prostate une contre-indication formelle alors qu'un autre opère quand même. Les ré-

sultats ne seront donc pas les mêmes. Mais si la limite de l'opérabilité a été reculée pendant ces dernières années, les effets s'en sont fait sentir aussi bien pour les partisans de l'opération basse que pour les autres. Cette phrase empruntée encore à M. Schwartz : « si l'on voulait s'astreindre à n'opérer que les cas opérables, la mortalité opératoire de l'abdomino-périnéale serait faible » s'applique également à l'autre méthode.

Donc, pour toutes ces raisons et malgré l'exérèse pratiquée de plus en plus largement, il résulte bien de la lecture et de la comparaison des statistiques que les méthodes basses sont les moins dangereuses. Certains chirurgiens ont même ajouté que chez l'homme la voie combinée était fatale et qu'il fallait la réserver à la femme. Il est vrai, en effet, que l'extirpation abdomino-périnéale est généralement plus facile quand quand on a affaire à un bassin féminin qui s'explore et se draine mieux ; mais ce n'est pas cette raison qui nous fera croire à la bénignité plus grande des voies basses, car, actuellement malgré quelques légères différences, on obtient avec les deux méthodes et dans les deux sexes, à peu près les mêmes résultats.

Il nous reste à envisager maintenant le pourcentage des guérisons durables, nous plaçant toujours au seul point de vue des statistiques. C'est là le point le plus intéressant de la question, puisque le principal but du chirurgien qui entreprend l'extirpation d'un cancer du rectum est de voir son malade résister le plus longtemps possible aux récidives.

Si on compare le chiffre de 36 % que donnent

d'après M. Schwartz, les méthodes combinées, au nombre des guérisons durables des méthodes périméales et coccygiennes : 13 à 24 %, la supériorité des premières est manifeste. Mais si on le compare à celui donné par les opérations dorsales qui paraissent bien constituer la meilleure des méthodes basses, alors on trouve qu'il y a bien peu de différence puisqu'on obtient le chiffre de 32 %.

Nous pouvons du reste, continuant notre comparaison entre les deux méthodes, demander plus encore aux statistiques que la mortalité et les résultats éloignés : nous voulons parler du pourcentage des récidives suivant les voies utilisées. Il est en effet bien connu que le cancer du rectum s'étend plus volontiers autour de lui qu'il ne se généralise. Les métastases sont assez rares et doivent être bien peu influencées par l'opération puisqu'il est souvent difficile de dire si elles sont survenues avant ou après. Il en est tout autrement des récidives, qui dépendent de la largeur de l'exérèse et par conséquent des méthodes opératoires employées.

Or, que trouvons-nous à ce propos dans les statistiques ? Pour les voies basses, M. Chalié donne 60 % de récurrence dans l'ensemble. M. Gaudier qui se base sur des cas plus modernes, arrive aux chiffres meilleurs de 30 à 40 % seulement, ce qui s'explique par la pratique d'une exérèse plus large.

Pour les voies combinées on a 10 % de récurrence avec M. Mocquon et 12,5 % avec M. Schwartz, par conséquent une différence énorme entre les deux méthodes. Mais M. Schwartz qui cite ces derniers chiffres

a paru les calculer sur le nombre total des malades opérés. Ainsi pour son propre compte sur 16 abdomino-périnéales il a eu 6 morts, 6 guérisons durables, et deux récidives, ce qui lui donne en effet, 12,5 % de récidive

Il semble plus logique de les calculer sur les seuls malades qui ont guéri de l'opération. En comptant de cette façon on obtient 21 % pour M. Mocquot et 20 % pour M. Schwartz.

Nous ignorons du reste comment MM. Chalier et Gaudier ont calculé leur pourcentage pour les voies basses. Mais il faut bien l'avouer, modifié ou non le nombre des récidives après les méthodes combinées reste nettement inférieur à celui des méthodes basses. C'est là un sérieux argument que font valoir les défenseurs de la voie abdomino-périnéale à outrance, puisqu'il montre très suggestivement qu'elle constitue un procédé d'exérèse plus complet.

En somme les statistiques nous prouvent qu'avec les opérations combinées on court moins le risque de voir survenir des récidives précoces, qu'avec les voies basses. Donc, supériorité certaine sur ce point des premières méthodes. Mais lorsqu'on compare, pour ces deux procédés les résultats éloignés, qui eux, dépendent de la mortalité opératoire et des récidives, on trouve que s'ils sont encore meilleurs pour les abdomino-périnéales que pour les périnéales, la différence est moins grande, et ce fait s'explique aisément : avec les méthodes combinées mortalité plus grande mais récidives moins nombreuses ; avec les méthodes basses exactement l'inverse.

Ce qui nous permet finalement de penser que l'opération abdomino-périnéale, n'améliore pas tellement le pronostic éloigné, et que si l'étude des statistiques lui accorde de sérieux avantages, ils ne sont pas suffisants pour faire rejeter complètement la voie basse.

IMPRESSIONS SUGGÉRÉES par la STATISTIQUE
DES OPÉRATIONS DE M. LECLERC
(Voies basses)

Aux statistiques empruntées à la littérature médicale, nous tenons à ajouter celle de M. Leclerc ; elle ne compte que 15 cas, mais il ne s'agit que d'opérations par voies basses, antérieures à 1922, provenant, soit du service de clinique chirurgicale, soit de ville. De plus, tous les opérés ont été suivis. Si elle ne comporte malheureusement pas d'observations d'abdomino-périnéales, c'est que celles qui ont été pratiquées par notre maître, sont trop récentes pour qu'on puisse en faire état.

Nous relevons :

2 Opérations économiques

OBS. 1. — M. P..., néoplasme ampullaire débutant à 6 centimètres au-dessus du sphincter, très mobile, vu au début. Résection en médaille, par voie coccy-périnéale en 1911. Récidive 8 ans après l'opération.

OBS. 2. — M^{me} L..., néo-ampullaire et sus-ampullaire débutant au niveau du sphincter, et étendu à 7 centimètres, mobile. Ablation en médaille sans anus en 1919. Actuellement sans récidives. Bien portante.

5 Opérations coccy-périnéales

2 guérisons durables :

OBS. 3. — M. J..., néo-ampullaire et sus-ampullaire

mobile. Amputation coccy-périnéale en mars 1911. Le néo est dépassé en haut de deux doigts. En 1918, fermeture de l'orifice périnéal : le malade préférant un anus iliaque : pas de récurrence jusqu'à présent.

OBS. 4. — M. C..., néo-ampullaire et sus-ampullaire, amputation en février 1913, fermeture du bout inférieur et anus iliaque définitif. Bonne nouvelle jusqu'en 1918. Mort fin 1918.

3 récurrences au bout d'un an environ :

OBS. 5. — M. J..., néo-ampullaire débutant au sphincter. Amputation en 1919, précédée d'anuscillaire. Fermeture du bout inférieur. Mort 6 mois après.

OBS. 6. — M. C..., 73 ans, néo de l'ampoule et de l'anuscillaire. Amputation avec anus préalable et fermeture du bout inférieur. Néo dépassé en haut de deux doigts. Récurrence au bout d'un an.

OBS. 7. — Mme G..., néo-ampullaire et sus-ampullaire, amputation en 1920 après anus iliaque préalable : récurrence au bout d'un an et mort.

6 Résections par voie sacrée

2 guérisons durables :

OBS. 8. — M. S..., néo-ampullaire débutant 2 centimètres au-dessus de l'anuscillaire. Sur demande formelle du malade, résection sans anus préalable. En mars 1912. Rayons X post opératoire. Actuellement pas de récurrence.

OBS. 9. — M. R..., néo-sus-ampullaire petit et mobile, anus préliminaire, mais qui ne fonctionne pas. Résection en 1912 d'un segment de 6 centimètres du

rectum dépassant peu la lésion. Suture bout à bout en bas au ras du cancer. Guérison constatée en 1918 et qui se maintient actuellement avec intégrité du sphincter.

4 récidives au bout de 1 à 2 ans.

OBS. 10. — M. G..., ampullaire haut (5 cent. de l'anus environ) résection sans anus iliaque préalable, bout à bout. Récidive 2 ans après et mort.

OBS. 11. — M. D..., ampullaire et sus-ampullaire. Résection après anus préalable. Opération irrégulière dépassant peu les lésions. Récidive constatée au bout de 2 ans.

OBS. 12. — M. V..., ampullaire et sus-ampullaire. 5 centimètres. anus, mobile, anus préalable. Résection en 1918, de 6 centimètres près du néo en haut. Généralisation au péritoine constatée à l'opération. Récidive précoce.

Enfin 2 morts opératoires : 1 amputation ; 1 résection.

Au total, sur 15 malades, la voie basse a permis à M. Leclerc d'obtenir 6 guérisons durables, soit 40 °/o.

Sur ces 6 malades, 4 sont actuellement sans récidives :

un après	14 ans.
—	13 —
—	7 —
—	3 1/2

et deux ont présenté des récidives tardives :

un au bout de 6 ans

un au bout de 8 ans

Nous ne voudrions pas attacher à cette statistique, une importance qu'elle n'a pas, elle est trop restreinte et ce que nous avons dit des statistiques en général, nous interdit d'en tenir plus compte qu'il ne faut.

Cependant, on ne peut manquer d'être frappé des bons résultats que la méthode basse a donnés à M. Leclerc. Nous ne conseillons pas évidemment les ablations économiques consistant à n'enlever qu'une portion de la paroi rectale, en médaille. Il n'est pas dans les habitudes du service de clinique de Dijon d'être si modéré quand il s'agit de néoplasme. Notre maître dans les deux observations que nous rapportons aurait voulu faire davantage, mais l'étroitesse de l'exérèse, ainsi que l'absence d'anūs contre nature lui furent quelque peu imposés par l'entourage des malades. Dans les deux cas pourtant, la survie était très longue, puisqu'une des malades vit encore au bout de 6 ans, ce qui nous porte à croire qu'il faut quelquefois savoir modérer l'étendue de son intervention.

Nous citons également deux cas où des résections furent pratiquées dans des conditions assez peu favorables, soit que le néoplasme ait siégé trop près du sphincter ; soit que les sutures aient été faites à peu de distance de la tumeur. Malgré ces opérations en apparence trop étroites, les opérés ont très bien guéri et ont même conservé longtemps le bénéfice d'un sphincter continent.

À la lecture de telles observations nous sommes donc en droit de nous demander si de parti pris il faut renoncer à des méthodes peu graves, les amputa-

tions basses, renoncer également aux procédés conservateurs, les résections, pour ne pratiquer que des amputations abdomino-périnéales. Nous ne le croyons pas, car nous ne sommes pas sûrs que si les cancers amputés par M. Leclerc par la voie basse, l'avaient été par voie combinée, il n'aurait pas perdu plus de malades et si la guérison de ceux qui auraient survécu eut été beaucoup plus durable.

Il en aurait été peut-être autrement pour les résections. Certains des cas cités dans notre statistique, étaient assez difficiles et il se peut bien que l'amputation ait donné des survies plus longues ; mais il nous semble que dans ces cas encore, la voie basse était préférable à l'autre. L'impression que nous laissent les observations de M. Leclerc est donc la même que celle que nous avons retirée de la critique des chiffres : ne pas exagérer l'utilité de la voie combinée, et ceci malgré les arguments anatomo-pathologiques que nous allons exposer maintenant.

ARGUMENTS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

en faveur de l'abdomino-périnéale

Avec les progrès de l'anatomie-pathologique, progrès dus en grande partie au nombre croissant des interventions chirurgicales, le traitement radical des cancers s'est modifié et précisé. L'idéal actuel de cette chirurgie est de pratiquer des ablations très larges, enlevant à la fois la tumeur, les tissus voisins qu'elle a envahi et tous les ganglions malades. C'est ainsi que pour les cancers du sein, il est devenu habituel de faire un Halsteed très étendu, et que pour l'utérus on pratique de plus en plus le large curage du paramètre à la Wertheim.

Mais si pour beaucoup de cancers, ceux que nous venons de citer entre autres, il est le plus souvent facile de se rendre compte avant l'opération de l'extension du néoplasme il n'en est malheureusement pas de même pour le cancer du rectum, qui non seulement, par sa situation se prête mal aux examens précis, mais encore est entouré d'organes assez nombreux : prostate, vésicules, vessie, utérus, intestins, dont il est quelquefois difficile de dire s'ils sont ou non envahis.

Or, pour mener à bien cette exérèse du cancer du rectum, il est absolument nécessaire de connaître les limites de l'envahissement, afin d'employer une méthode qui s'adapte au cas observé et permette à l'opérateur de se livrer à toutes les manœuvres utiles

sans être gêné et sans inconvénients ultérieurs pour le malade. Il est certain que si on se trouve en face d'un rectum rendu adhérent à l'intestin grêle voisin, par des métastases péritonéales, on sera bien empêché de faire quelque chose d'utile par la seule voie périnéale ; on risquera même en voulant décoller, de perforer une anse ce qui n'ira pas sans de sérieux ennuis pour les suites opératoires. Une situation à peu près semblable pourrait se présenter dans le cas où le cancer aurait envahi une partie de la vessie sans donner aucun symptôme d'alarme.

Nous pourrions citer beaucoup de cas encore, montrant que le chirurgien peut-être fort embarrassé au cours d'une extirpation périnéale, parce qu'il n'avait pas prévu les difficultés et qu'il avait cru opérable un cancer qui ne l'était déjà plus. Il faut avouer cependant, que de tels faits sont rares et sont plus théoriques que réels.

Si rares soient-ils, il faut pourtant être en mesure de les éviter et pour cela prendre toutes les garanties nécessaires. Or c'est justement, disent les partisans de l'abdomino-périnéale, un des avantages de cette méthode de permettre une rapide exploration de la région malade avant que le bistouri n'ait rien commencé d'irréparable. Nous lisons à ce sujet dans le livre de Chalié et Mondor : « la voie abdomino-périnéale permet le mieux de voir... Dans de nombreux exemples de laparotomie initiale a seule permis d'apprécier l'opérabilité de la tumeur et de découvrir la lésion dans ses limites exactes. Et que de fois au cours des opérations périnéales classiques le chirurgien a-t-il

dû renoncer à tout enlever de la lésion qu'il sentait trop haut ».

Il semble en effet, à beaucoup de chirurgiens et probablement pour les raisons que nous donnions plus haut, que les examens ne soient pas suffisants. Le toucher, même sous anesthésie, la rectoscopie permettent bien de sentir et de voir la hauteur de la tumeur, sa mobilité, quelquefois ses dimensions, mais nous renseignent fort mal sur l'extension du cancer en largeur et en profondeur. C'est ce qui serait pourtant le plus intéressant à connaître.

Les symptômes accusés par le malade sont également très infidèles ; ils varient suivant le sujet et même sans cela il est possible que la prostate, la vessie, l'intestin grêle, l'utérus ou le péritoine, soient en partie envahis, sans que rien cliniquement ne nous en avertisse. M. Chalier parle de cas nombreux d'exérèse où le chirurgien découvrit des adhérences vésicales latentes, jusqu'à l'intervention, non révélées par le toucher et la cystoscopie. Il est de même à peu près impossible de se renseigner par les moyens usuels d'exploration sur l'état du péritoine qui est souvent lésé. On risque alors de commettre de gros dégâts sur des anses immobilisées dans un cul-de-sac de Douglas envahi.

La laparotomie au contraire est susceptible de nous éclairer de façon certaine. Elle autorise la vue, le palper et même la biopsie, grâce à laquelle un examen histologique nous permettra de savoir si des adhérences sont néo-plasiques ou simplement inflammatoires.

Elle dicte au chirurgien sa ligne de conduite, lui montrant que tel cas est opérable, que tel autre ne l'est plus, et quelle méthode il doit utiliser pour obtenir les meilleurs résultats.

La nécessité de cette laparotomie est si certaine, semble-t-il, que depuis longtemps des chirurgiens l'avaient préconisée. Hochnegg partisan de la voie sacrée parlait déjà de l'utilité d'une brèche sacro-coccygienne, qui, si elle montrait un néo-plasme opérable constituait le premier temps d'une opération dorsale à la kraske. Il faut l'avouer, même si on est partisan acharné des méthodes sacrées il s'agit là d'un moyen d'investigation qui peut fort ennuyer le patient, si on ne l'opère pas ultérieurement. Il est donc bien probable qu'Hochnegg fut un des rares chirurgiens à pratiquer ce qu'il conseillait. Quenu proposa la laparotomie latérale gauche. Cette incision permet assez bien d'introduire la main dans le bassin et de l'explorer ; elle a en outre l'avantage de pouvoir être le premier temps d'un anus temporaire ou définitif.

La laparotomie médiane pratiquée par Sonnenburg donne évidemment plus de jour et permet de se rendre compte mieux que la précédente, mais si le cancer est reconnu inopérable, elle est peu propice à l'établissement d'un anus. Par contre si on a décidé l'exérèse, elle ne retarde en rien le chirurgien puisqu'elle devient la première phase d'un abdomino-périnéale. Ce sont ces deux avantages qui la font préférer aux autres par la plupart des chirurgiens.

M. Schwartz pousse même l'exploration plus loin

dans les cas douteux. Après laparatomie médiane, il incise longitudinalement le méso-rectum et s'ouvre ainsi une voie d'accès sur la concavité sacrée. Il s'agit là d'un procédé très complet, très anatomique, mais sans vouloir le critiquer on pourrait peut-être lui reprocher d'être plus qu'un simple procédé d'investigation ; si on se limite en effet à une opération palliative, on aura fait subir au malade une opération déjà sérieuse.

Quoiqu'il en soit, tous ces procédés d'exploration tendent à nous prouver que le diagnostic de l'opérabilité est généralement difficile et que théoriquement la laparatomie exploratrice est seule susceptible de le préciser. C'est donc dire que si l'on emploie les méthodes basses sans autre examen préalable que le toucher et la rectoscopie on risque de s'exposer à des accidents ou tout au moins à faire mal une extirpation qu'on aurait peut-être mieux réussie par une autre voie.

L'abdomino-périnéale est au contraire l'opération de choix parce que le premier de ses temps est précisément cette laparotomie, qui suivant les circonstances est uniquement exploratrice ou bien permet l'exérèse idéale.

Nous verrons dans le prochain chapitre ce qu'il faut pratiquement en penser. Nous voudrions nous occuper maintenant du second argument anatomo-pathologique en faveur de la voie combinée : la topographie des ganglions lymphatiques dans le cancer du rectum.

Le choix des procédés d'exérèse dans n'importe

quel cancer doit, en effet, être basé sur la connaissance exacte des lymphatiques de la région, et des ganglions susceptibles d'être envahis par les cellules cancéreuses. A quoi servirait d'enlever largement la tumeur si on laissait dans la plaie des ganglions qui assureraient la continuité du mal ?

Tout chirurgien qui s'engage dans l'opération radicale du cancer rectum, doit donc savoir auparavant quels sont les ganglions qui ont des chances d'être envahis, pour aller systématiquement à leur recherche. Noyés dans le tissu cellulo-grasieux périmrectal, on les sent mal au toucher, souvent pas du tout, et il ne faut guère compter être mieux renseigné pendant le cours de l'opération.

Nous ne rappellerons que très brièvement la topographie de ce système lymphatique du rectum uniquement du reste pour en tirer des conclusions sur la valeur des deux grandes méthodes d'exérèses que nous étudions.

On distingue trois groupes ganglionnaires qui sont alimentés par des collecteurs lymphatiques provenant des parois du rectum, et suivant à travers les tissus péri-rectaux le même trajet que les vaisseaux nourriciers de ce conduit, à savoir les vaisseaux hémorroïdaux. Le groupe des ganglions inguinaux, correspond à la portion sphinctérienne du rectum, et à l'anus. Mais on le trouverait envahi quelquefois dans des cancers plus haut situés, en raison des anastomoses qui existent entre les réseaux lymphatiques. Les ganglions hémorroïdaux moyens qui sont situés sur le trajet du pédicule hémorroïdal moyen, jusqu'au

niveau de l'hypogastrique sont plus rarement pris. Ils correspondent au rectum sphinctérien et à l'ampoule, et doivent être systématiquement enlevés par le chirurgien, qui sectionnera le plus loin possible des parois rectales les ailerons latéraux ou aponévrose-sacro-recto-génitale.

Enfin le dernier groupe, de beaucoup le plus important est celui des ganglions hémorroïdaux supérieurs. Il est situé dans le tissu cellulo-graisseux retro-rectal, le long des branches artérielles hémorroïdales supérieures, et remonte très haut dans le mésorectum, autour de la mésentérique inférieure. C'est ce groupe qu'on trouve le plus fréquemment envahi dans les cancers du rectum, car il correspond à toute la portion sus-ampullaire et recto-sigmoïde.

M. Mondor qui a bien étudié l'envahissement de ces ganglions a montré qu'on les trouvait non seulement en face de la tumeur, mais beaucoup plus haut. Ils sont généralement petits mais assez nombreux.

Si ces groupes ganglionnaires étaient nettement séparés les uns des autres, on pourrait envisager des exérèses assez localisées du cancer du rectum ; par exemple, pour le cancer de l'anus, amputation du segment malade et curage des ganglions inguinaux seulement. Mais l'anatomie normale et surtout l'anatomie pathologique nous ont appris que les réseaux lymphatiques des différentes parties du rectum s'anastomosaient largement, et qu'avec un cancer bas situé il y avait lieu de craindre un envahissement ganglionnaire remontant très haut, contre-indiquant par conséquent les opérations limitées. Les auteurs

modernes qui se sont occupés de cette question ont décrit des collecteurs courts, moyens et longs partant de la muqueuse du bas rectum pour aller aux ganglions hémorroïdaux supérieurs, recto-sigmoïdiens, et recto-sigmoïdo-coliques. D'autre part, M. Mondor qui a étudié un grand nombre de pièces opératoires et de dissections a fait remarquer qu'il existait toujours un groupe de ganglions au niveau de la bifurcation de l'hémorroïdale supérieure, quel que soit le siège du cancer.

Les conclusions théoriques qu'il faut tirer de ces découvertes, sont formelles ; s'il est vrai que tout néoplasme, même anal essaime fatalement vers les ganglions hémorroïdaux supérieurs, et est susceptible de donner des ganglions encore plus haut, les opérations par voies basses sont contre-indiquées, car il est le plus souvent impossible même par la voie sacrée d'aller lier des pédicules lymphatiques au-dessus du promontoire.

Les opérations abdomino-périnéales qui donnent accès beaucoup plus haut, sont seules capables de satisfaire l'esprit du chirurgien.

Enfin, si les ganglions hémorroïdaux-moyens, sont plus rarement envahis, il n'est pas impossible cependant d'en rencontrer jusque sur les parois latérales, au niveau de l'échancrure sciatique, et dans ce cas encore les opérations combinées seraient théoriquement plus indiquées pour sectionner le plus loin possible du rectum le pédicule hémorroïdal moyen.

A côté de l'envahissement ganglionnaire, et de l'extension aux organes voisins il faut signaler l'infiltration du tissu cellulaire péri-rectal. Cette infil-

tration au moins aussi précoce que celle des ganglions, commande des opérations larges, pour avoir de bons résultats éloignés.

Dans les cancers du rectum périnéal l'extension se fait au sphincter, au bord interne des releveurs, et surtout au tissu graisseux des fosses ischio-rectales. Les opérations basses permettent une exérèse suffisamment large et constituent un temps obligatoire.

Jusque là, il n'y a donc aucune discussion possible, puisque quelle que soit la voie que l'on utilise, combinée ou périnéale simple, on peut faire une opération complète.

Les difficultés commencent pour le segment moyen ou génital dont l'atmosphère celluleuse est plus étendue. Il y a lieu de l'envisager séparément dans les deux sexes. Chez la femme les récidives s'observeraient très souvent dans la cloison vagino-rectale. Là encore, l'opération radicale paraît facile, tout au moins théoriquement : il suffit d'emporter avec le rectum la paroi postérieure du vagin.

Chez l'homme, les choses sont plus compliquées, le tissu cellulaire pré-rectal ne se prolonge qu'incomplètement sur le prostate et les vésicules séminales, car il est retenu par l'aponévrose de Denonvilliers. Pour avoir une bonne exérèse, c'est-à-dire pour enlever tout le tissu cellulaire susceptible d'être envahi il faut donc passer en avant de cette aponévrose. Malgré des difficultés de technique que certains chirurgiens ont signalées pour trouver le bon espace décollable antérieur on a bien l'impression, quand on a pratiqué ou aidé à des opérations basses, qu'on passe

au ras de la prostate et des vésicules, en dehors par conséquent de la gaine du rectum.

Mais c'est surtout latéralement et en arrière du rectum qu'il y aurait lieu de pratiquer l'évidement le plus complet, car le tissu cellulaire s'étend très loin. Latéralement, il faut sectionner le trousseau fibreux de l'hémorroïdale moyenne avec la graisse qui l'entoure très loin des parois du rectum. M. Schwartz nous indique la technique suivante : « Il faut, quand on a découvert et isolé l'uretère comme dans un Wertheim, l'attirer à soi pour tendre sa portion terminale, et inciser franchement au-dessous de lui des deux côtés ; on peut alors, comme chez la femme, pénétrer jusqu'au plancher pelvien, et le doigt en remontant accroche le pédicule hémorroïdal moyen qu'on peut lier très loin du rectum ».

Les chirurgiens qui procéderaient autrement, qui se contenteraient par exemple de pratiquer ce temps par la voie basse, ne feraient donc pas une intervention suffisamment large. Ils laisseraient dans les parties latérales de la plaie, du tissu cellulaire envahi peut-être, avec des vaisseaux et des ganglions.

Les méthodes périnéales apparaîtraient bien plus insuffisantes encore quand il s'agit de pratiquer le curage de la loge recto-rectale. Dans les cancers situés un peu haut, le tissu cellulaire serait envahi jusqu'au niveau de la mésentérique inférieure et des coliques. Comment faire dans ce cas, à l'aide d'une seule ouverture périnéale, ou même d'un kraske, pour remonter et dégager avec fruit au-dessus du promontoire ? La laparotomie facilite au contraire beaucoup

la tâche : après l'incision du méso-rectum, il devient aisé d'enlever la lame cellulo-graisseuse de la concavité sacrée et du méso-recto sigmoïde. Ce foyer principal des récidives, bien nettoyé, on a au moins la certitude d'avoir fait tout ce que l'on pouvait pour s'assurer de bons résultats éloignés.

On ne peut pas toujours avoir la même sécurité après une opération basse qui n'arrivera jamais à être aussi large. Or, si les difficultés que donne une bonne exérèse du cancer du rectum, sont vraiment aussi grandes que nous le fait prévoir l'anatomie pathologique, il ne peut y avoir de doute ; l'abdomino-périnéale est l'opération idéale, qui seule peut assurer l'extirpation complète de ce que Mondor et Chalié appellent : « le territoire chirurgical du carcinôme rectal ».

AVANTAGES DES MÉTHODES BASSES

Nous sommes bien convaincus que les opérations larges, permettant de dépasser de beaucoup les limites de l'envahissement néo plasique, sont seules capables de mettre sûrement le malade à l'abri des récidives. Mais nous nous demandons si pratiquement il faut toujours, dans l'intérêt du malade, pratiquer coûte que coûte ces opérations idéales, ou se limiter parfois, en se laissant guider par son expérience.

Nous avons toujours vu M. Leclerc faire le Halsted le plus étendu avec ablation du grand et du petit pectoral, et nous avons toujours aussi pu remarquer qu'il obtenait des résultats fonctionnels et durables très satisfaisants. Malheureusement, il n'en est pas encore de même pour le cancer du rectum.

Les exérèses larges restent bien le but vers lequel doit tendre le chirurgien ; mais alors que les sacrifices considérables nécessités par l'extirpation du cancer du sein, sont en somme de peu d'importance puisque les opérées se servent de leur bras comme avant, il faut faire plus de réserves pour le rectum.

L'abdomino-périnéale telle qu'il serait logique de la pratiquer si on n'écoutait que les enseignements de l'anatomie pathologique, et comprenant par conséquent l'ablation du sphincter, des releveurs, d'un long segment rectal et de tout le tissu cellulaire qui l'entoure, quelquefois même de l'utérus chez la

femme, crée dans le petit bassin et au périnée une brèche énorme. Il en résulte une mortalité opératoire assez sérieuse, et l'avenir fonctionnel de ces opérés reste peu brillant. En ce qui concerne la mortalité opératoire il est entendu qu'elle diminue avec l'expérience du chirurgien et le choix judicieux des cas. Mais elle reste encore plus importante avec la voie combinée qu'avec la voie basse. La conservation de la fonction sphinctérienne a également une importance, que les partisans des abdomino-périnéales systématiques paraissent un peu trop négliger. M. Pauchet affirme : « qu'il est exceptionnellement possible de conserver le sphincter », et que dans presque tous les cas il faut faire l'amputation abdomino-périnéale avec anus iliaque définitif. Nous verrons plus loin combien cette opinion peut paraître exagérée à beaucoup d'autres chirurgiens.

Il nous semble en tous cas impossible de ne pas tenir compte de ces deux facteurs, dans l'indication des deux méthodes. Du reste si nous ne voulons envisager que la largeur de l'exérèse, nous admettons bien que l'abdomino-périnéale est indiscutablement supérieure aux autres voies ; mais nous sommes persuadés qu'avec les méthodes basses on peut faire de plus grands sacrifices qu'on ne le dit généralement.

Pour les cancers qui ne siègent pas trop haut, il est possible avec les périnéo-coccygiennes, et à fortiori avec le kraske de remonter bien au-dessus de la tumeur faire sa section intestinale. Avec la main introduite dans la concavité sacrée, il est également facile d'enlever largement le tissu cellulo-graisseux retro-rectal

et de lier le pédicule vasculaire jusqu'au promontoire, En ce qui concerne le groupe ganglionnaire du hile, théoriquement toujours envahi même dans les cancers bas situés, nous nous rangeons à l'avis de M. Mayer de Bruxelles ; la plupart des récidives se produisent localement et non à cet endroit, ce qui prouve que si logiquement il faudrait les enlever, dans la pratique c'est souvent inutile et les résultats éloignés n'en sont pas moins bons pour autant.

Les voies basses permettent aussi de sectionner le trousseau fibreux de l'hémorroïdale moyenne très loin de la gaine du rectum, puisque l'opérateur est au contact des parois du bassin ; or, on ne peut guère faire plus par le temps abdominal. Pourtant si on veut poursuivre l'envahissement du tissu cellulaire jusqu'au voisinage des uretères, il est indéniable qu'on ne peut guère bien le faire que par le haut ; mais est-ce bien utile pratiquement pour les tumeurs du bas rectum ?

On a peut-être exagéré également la nécessité de la laparotomie exploratrice dans tous les cas. Quand on se trouve en présence cliniquement d'un cancer qu'on délimite très bien avec le doigt, il y a bien peu de chances pour qu'à l'intervention on découvre des métastases et des adhérences contraindiquant l'exérèse. Si le diagnostic d'opérabilité est parfois hésitant, il s'agit le plus souvent, de tumeurs haut situées et anciennes. Le toucher et la rectoscopie sont alors insuffisants, et il faut recourir à la laparotomie ; mais ces cas, tous les chirurgiens sont bien d'avis de les aborder par la voie combinée.

Pour toutes ces raisons nous ne voyons pas pourquoi il faudrait délaisser complètement les méthodes basses, qui ne sont évidemment pas les opérations idéales comme les méthodes mixtes, mais qui sont susceptibles dans certains cas de nous donner d'aussi bons résultats, peut-être meilleurs. La question du traitement du cancer du rectum doit être envisagée suivant les cas particuliers. De cette façon, même si les indications de l'abdomino-périnéale deviennent de plus en plus nombreuses, les méthodes basses conserveront une place très méritée.

INDICATIONS OPÉRATOIRES
DES DEUX MÉTHODES
AMPUTATIONS et RÉSECTIONS

Les cancers récents limités, mobiles, siégeant à la région sphinctérienne : anus et partie inférieure de l'ampoule, sont à notre avis justiciables de l'amputation périnéo-coccygienne. La simple amputation circulaire à la Lisfranc doit actuellement céder le pas aux méthodes qui permettent d'isoler le rectum après ouverture du péritoine. Les résultats éloignés obtenus avec cette technique contrindiquent l'emploi des voies combinées, qui feraient courir au malade des risques inutiles.

Certains chirurgiens voient par contre dans cette localisation, une indication de l'abdomino-périnéale, non à cause de l'infiltration ganglionnaire du hile, mais parce que la résection étant absolument contrindiquée il faut recourir à l'abaissement et à l'anuscératome, un des plus mauvais de tous. Sans vouloir rechercher les avantages et les inconvénients de cet anus, il ne nous semble pas que ce soit une raison suffisante, puisqu'il est toujours temps si le malade le réclame, de pratiquer un anus iliaque dans la suite. C'est ce qui s'est passé pour l'opéré de M. Leclerc dans l'observation n° 3.

Les cancers ampullaires proprement dits ne remon-

tant pas très haut, et situés à plus de deux travers de doigts du bord supérieur du sphincter, nous paraissent pouvoir relever également des opérations basses, et plus spécialement des résections. La méthode de Kraske quelquefois même celles de Cuneo ou de Kocher, donnent la plupart du temps assez de jour pour enlever assez haut tous les tissus malades et conserver les fibres sphinctériennes. On pourrait discuter évidemment dans ce cas, les avantages des résections basses et ceux des résections combinées, mais la gravité moindre des premières, explique la prédilection qu'on peut leur accorder.

Nous voudrions à ce sujet, insister un peu sur la nécessité de pratiquer toutes les fois qu'il n'y a pas de contrindications, des résections plutôt que des amputations. Comme l'a écrit M. le professeur Villard : « Depuis qu'existe la chirurgie du rectum, quelque chose empêche l'esprit d'être complètement satisfait après la plus complète exérèse dont les suites ont été rapides et la récurrence absente : l'incontinence de l'opéré ».

Les premiers chirurgiens qui se sont occupés du traitement radical du cancer du rectum, Lisfranc, Kraske et d'autres, ont cherché la conservation du sphincter. Actuellement, on la considère comme très exceptionnelle, parce qu'elle tend à faire diminuer la largeur de l'exérèse ou qu'elle aggrave les suites opératoires.

Dans un numéro du « Lyon chirurgical » MM. Villard et Ricard nous ont montré la part de vérité qu'il y avait dans ces critiques faites à la résection. Elles peuvent, du reste, se résumer en quelques-mots :

abaissement difficile et souvent dangereux, section insuffisante des tissus envahis, cicatrisation plus longue de la plaie opératoire.

Pour que la suture intestinale soit solide, il faut, en effet, abaisser un segment intestinal assez long et bien nourri. Or ces conditions ne peuvent être réalisées que si on trouve un meso bien mobile et facile à mobiliser, et que, si la vascularisation de l'intestin reste indemne.

Si on sait choisir les cas, c'est-à-dire des tumeurs ne remontant pas très haut et de date assez récente, il est possible avec les méthodes basses, de pratiquer un abaissement suffisant, d'éviter un sphacèle étendu, et de sectionner l'intestin au-dessus des limites du cancer.

Quant aux inconvénients qui surviennent parfois au niveau de la ligne de suture, tels que suppuration interminable, fistules, on peut y remédier par des soins post-opératoires très minutieux. Il importe, du reste, assez peu de voir la plaie suppurer, même assez longtemps, quand on est sûr de conserver intacte la fonction sphinctérienne, et après s'être assuré d'avoir fait une exérèse assez large.

Dans les cas, où la tumeur est située trop haut pour qu'on puisse penser l'aborder par le périnée ou le sacrum, et si la partie inférieure du rectum est intacte, il faut encore penser à faire une résection ; mais cette fois par la voie combinée ou abdominale. On emploiera la voie abdominale seule, à la façon d'Hartmann, quand la tumeur sera nettement au-dessus du cul de sac de Douglas, au niveau du rectosigmoïde. Quand le péritoine sera touché, on pourra

recourir aux résections par voie combinée, mais on n'oubliera pas qu'elles sont délicates, et plus graves que la simple amputation. Il faudra donc, y être très exercé.

Enfin, toutes les fois que la tumeur sera assez étendue, qu'elle sera de vieille date et qu'elle aura envahi profondément les tissus, le choix ne sera plus permis ; c'est à l'amputation qu'il faudra recourir, périnéale ou abdomino-périnéale, suivant les indications.

CONCLUSIONS

I. Il nous semble exagéré, du moins actuellement, de préconiser pour l'exérèse du cancer du rectum, l'emploi à outrance des voies combinées. La supériorité théorique, au point de vue des résultats éloignés, de la voie abdomino-perinéale est certaine, mais pratiquement, dans beaucoup de cas, on obtient par les méthodes basses des succès non douteux.

II. Il ne s'agit pas d'adopter intégralement une méthode, il semble préférable de les employer toutes, suivant leurs indications ; et voici comment nous les comprenons :

III. Les opérations basses sont indiquées dans les néoplasmes anaux, les ampullaires inférieurs et moyens qu'on dépasse facilement avec le doigt, lorsqu'ils sont mobiles, de dimensions restreintes, et d'apparition récente.

IV. Lorsqu'au contraire, il s'agit de cancers ampullaires, étendus, non mobiles et anciens, la voie combinée doit être employée ; cependant elle est tellement grave chez les obèses, les tarés, les affaiblis, que la voie basse reprend pour eux ses indications.

V. Les cancers dépassant en haut l'extrémité supérieure de l'ampoule, à plus forte raison les sus-ampullaires et recto-sigmoïdes, relèvent sans discussion de la voie combinée : amputation abdomino-périnéale avec anus iliaque définitif, ou bien opération de Villard, si on veut conserver le sphincter ; voire même opération d'Hartmann si le neo est franchement au-dessus du cul de sac de Douglas.

VI. D'autre part, la conservation du sphincter ayant son importance, même en ne se plaçant qu'au point de vue moral, il importe de le respecter toutes les fois qu'on le peut : néoplasme débutant à deux travers de doigts du bord supérieur du sphincter, par exemple.

Si on opère par voie basse, on aura le choix entre les procédés périnéo-coccygiens de Cunéo et de Kocher, mieux encore la méthode de Kraske qui permet d'obtenir des guérisons avec anus continent ; personne ne contestant plus aujourd'hui que la fonction sphinctérienne ne soit dans ces conditions très généralement conservée.

VII. Les indications de la voie basse nous paraissent d'autant plus à conserver, que grâce à la propagande qu'on a faite dans ces dernières années pour le diagnostic précoce du cancer, les malades commencent à venir de plus en plus tôt aux chirurgiens. On se trouvera donc de plus en plus en présence de cas limités et débutants.

Il est à se demander, si les partisans des abdomino-

perinéales systématiques ne feront pas quelques infidélités à leur doctrine ; du moins tant que la mortalité opératoire ne sera pas considérablement abaissée, et surtout tant que la résection abdomino-périnéale, ne pourra être faite sans plus de danger qu'une résection par voie basse.

VU :
Le Doyen.
JEAN LÉPINE.

Le Président de la Thèse,
G. VILLARD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 29 octobre 1925.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université.
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- BUTLER D'ORMOND (R. de). — *Journal médecine de Paris*, 10 octobre 1925. Traitement du cancer rectal d'après le dernier congrès de chirurgie allemand.
- CHALIER (A). — Le traitement chirurgical du cancer du rectum : indications, technique, résultats. Thèse Lyon, 23. décembre 1909.
- CHALIER (A). — Résultats immédiats et éloignés de l'opération combinée dans le cancer du rectum, *Lyon chirurgical*, février, mars 1913.
- CHALIER ET MONDOR. — Cancer du rectum (collection de la bibliothèque des cancers).
- DELBET (Pierre). — Maladies de l'anus et du rectum ; in traité de chirurgie le Dentu et Delbet. T. XXVIII.
- DELORE ET CHALIER. — De l'extirpation périnéale des cancers de l'anus et du rectum. Considérations basées sur 19 observations personnelles. *Revue chirurgicale*, mai 1907.
- DUVAL (P.). — Traité Pathologie. Externe des agrégés. T. III
- FORGUE. — Précis de pathologie externe.
- FORGUE. — Du traitement radical du cancer du rectum. *Nouveau Montpellier médical* 1897.
- GAUDIER. — 34^{eme} congrès français de chirurgie.
- GUIBE. — Chirurgie de l'abdomen.
- LECENE. — *Paris médical*, février 1924.
- Presse médicale*. — 10 octobre 1925. 34^e congrès de chirurgie.
- RICHE (P.). — Ablation abdomino-périnéale du rectum (Rapport par Hartmann). *Bulletin chirurgical*, 30 octobre, Paris 1902.
- RICHARD. — Résultats éloignés de l'extirpation du rectum cancéreux chez la femme après hystérectomie abdominale totale.
- SCHWARTZ. — Congrès de chirurgie de 1925. Rapport.
- VILLARD ET RICARD. — L'extirpation abdomino-transanale du rectum. *Lyon chirurgical*, mars, avril 1925.

